

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

470

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

MAY Emmanuel

né le 3 avril 1913 à St-Etienne (Loire)

Forme Dysphagique
du
Rhumatisme Cervical chronique

PRÉSIDENT : M. LOEPER, Professeur

J. PEYRONNET ET Cie, EDITEURS

7, Rue de Valois. — PARIS

1939

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

PAR

MAY Emmanuel

né le 3 avril 1913 à St-Etienne (Loire)

Forme Dysphagique
du
Rhumatisme Cervical chronique

PRÉSIDENT : M. LOEPER, Professeur

J. PEYRONNET ET Cie, EDITEURS
7, Rue de Valois. — PARIS

1939



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	TANON.
Médecine légale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	BALTHAZARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	{ H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	{ LEMIERRE.
	{ CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	{ TERRIEN.
Clinique urologique	{ CHEVASSU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ I.ÉVY-SOLAL
Clinique gynécologique	{ MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	{ RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	{ Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	{ TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ MATHIEU.
Clinique de cardiologie	{ LAUBRY.
Assistance médico-sociale	{ N....
	{ HAZARD.
Professeurs sans chaire	{ HOVLLACQUE.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ SANNIÉ.
	{ VERNE.
Clinique de neuro-chirurgie	{ Clovis VINCENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
MARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

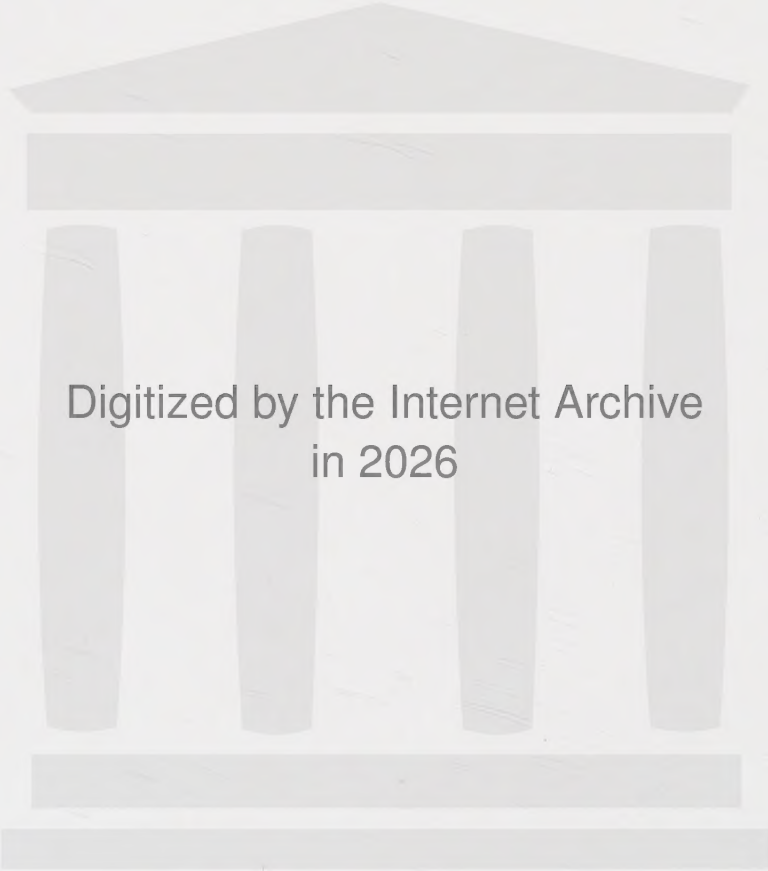
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DOZELOT	
DUVOIR	
LIAN	} Clinique Chirurgicale.
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SÉZARY	
BASSET	
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	} Clinique obstétricale.
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

Dont le tendre dévouement
m'a permis de mener à bien mes
études en modeste hommage de
reconnaissance.

EN SOUVENIR

DE MON PERE

Mort à la guerre.

DE MON GRAND-PERE

le Docteur EMMANUEL FOUGEROUSE.

A Monsieur le Professeur LOEPER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Et. MAY

Médecin de l'Hôpital Tenon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a donné le sujet de cette thèse et dont j'ai pu, pendant un an, profiter du remarquable enseignement, comme externe dans son service.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Monsieur le Professeur BAUDOUIN

Monsieur le Docteur LESNE

Monsieur le Docteur CATHALA

EXTERNAT

1935-36. Monsieur le Docteur TOUPET

1936-37. Monsieur le Docteur MAY

1937. Monsieur le Professeur Agrégé MOUQUIN

1937-38. Monsieur le Docteur TZANCK

1938. Monsieur le Docteur BABONNEIX

1938-39. Monsieur le Professeur COUVELAIRE

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur AZERAD

Médecin des Hôpitaux

Auquel je dois mes premières
notions médicales.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé MOUQUIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont la constante bienveillance
et l'enseignement m'ont été
particulièrement précieux.

A Monsieur le Docteur RAYMOND BERNARD

Chirurgien des Hôpitaux

Qui m'a donné, sur moi-même,
ma première leçon de clinique
chirurgicale.

A Monsieur le Docteur SIDI

Médecin Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Docteur VULLIET

A MES CONFERENCIERS

MM. les Docteurs Laplane, André, Blanquine, Bar-
raya, Jouanneau.

A MES VIEUX CAMARADES

Les Docteurs Paul Reynès et Edmond Pyrronet.

**Forme dysphagique
du Rhumatisme cervical
chronique**

INTRODUCTION

L'observation d'une malade faite dans le service de notre maître le Docteur Et. May est à l'origine de ce travail.

Cette malade présentait une dysphagie progressivement croissante, avec atteinte de l'état général, ayant fait poser le diagnostic de cancer de l'œsophage. Seule une radiographie de la colonne cervicale faite incidemment permit de découvrir d'importantes lésions d'ostéoarthrite rhumatismale, origine réelle des troubles de la déglutition.

Ayant pu trouver quelques observations semblables, déjà publiées isolément, nous avons pensé, sur les conseils de notre maître, qu'il serait intéressant de les réunir et d'essayer d'individualiser ainsi une forme dysphagique du rhumatisme cervical chronique.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

1^o Exposé de l'observation clinique.

2^o Etude du mécanisme ayant pu dans ce cas entraîner des troubles de la déglutition.

3^o Exposé de quelques observations semblables déjà publiées.

4^o Considérations générales sur l'aspect particulier que présentent dans ces cas les lésions d'ostéo-arthrite cervicale d'après leurs images radiographiques.

5^o Enfin nous tirerons de cette étude certaines conclusions.

OBSERVATION

Une femme, âgée de 59 ans, femme de ménage, entrain à l'hôpital Tenon dans le service de notre maître le Docteur May les premiers jours de novembre 1937.

Se plaignant de quelques douleurs articulaires des membres supérieurs, elle était en outre porteuse d'une fistule de gastrostomie avec sonde par laquelle elle recevait son alimentation. Cette gastrostomie avait été pratiquée un mois auparavant dans une clinique chirurgicale privée.

D'après les explications de la malade et les renseignements fournis par son médecin traitant nous avons pu reconstituer l'histoire clinique de sa maladie de la façon suivante :

Au début du mois de juillet 1937, soit 4 mois environ avant son entrée dans le service, la malade avait commencé à se plaindre de troubles digestifs : anorexie et légère dysphagie pour les aliments solides, qui s'étaient accentués progressivement. Les aliments solides, le pain, la viande, étaient avalés de plus en plus difficilement ; l'anorexie d'abord élective pour la viande se complétait et devenait totale.

En août, les solides ne passaient plus du tout, l'alimentation ne pouvait plus être que liquide ou semi-liquide, les digestions lentes, difficiles, s'accompagnaient de pesanteurs épigastriques, il existait enfin une constipation opiniâtre, mais pas de moelena macroscopique.

En septembre, soit deux mois après le début des troubles, la déglutition des liquides était elle-même difficile; la malade se plaignait d'une sensation de corps étranger rétro-pharyngien, déterminant une envie de se « racler la gorge ». Tout essai pour avaler un aliment solide quelconque était suivi de regurgitation immédiate, mais il n'y avait pas de véritables vomissements. De plus l'état général déclinait rapidement, amaigrissement de près de 10 kg. (57 kg. en décembre 1936, 48 kg. en septembre 1937), teint subictérique, asthénie et fatigabilité extrême.

C'est alors que l'on avait pratiqué en ville un examen radioscopique et radiographique. Voici le compte rendu de l'examen radioscopique : « La gélobarine pénètre dans la partie supérieure de l'œsophage qui est un peu dilatée. Après un court arrêt elle pénètre dans une zone considérablement rétrécie pour reprendre sa forme normale au niveau du tiers moyen. Le rétrécissement est permanent mais incomplet. Il s'agit vraisemblablement d'une infiltration œsophagienne sténosante évolutive avec extension probable aux organes voisins. » Les clichés radiographiques (*fig. n° 1*) semblent confirmer l'existence d'un rétrécissement œsophagien au niveau de la dernière cervicale et des premières dorsales.

En résumé chez cette malade de 59 ans, une dys-

phage d'installation et d'évolution progressive, avec atteinte importante de l'état général et une image radio-



Fig. 1

logique de rétrécissement œsophagien faisant penser à une infiltration sténosante de cet organe, le diagnostic le plus vraisemblable semblait bien être celui de cancer de l'œsophage.

Cependant une œsophagoscopie qui fut alors pratiquée montrait bien l'existence d'une diminution du calibre œsophagien, mais sans aucune lésion visible de la muqueuse.

Malgré tout, devant la persistance de la dysphagie, l'augmentation de l'amaigrissement, les forces déclinantes de la malade, son médecin traitant décidait en octobre 1937 de faire pratiquer une gastrostomie.

Après l'intervention, grâce à l'alimentation par la sonde, l'état général s'améliorait ; c'est alors, qu'au mois de novembre, devant les difficultés techniques de l'alimentation, la malade décidait d'entrer à l'hôpital et que nous l'avons vue dans le service.

Devant cette femme, amaigrie, pâle, légèrement subictérique, le diagnostic déjà porté de cancer de l'œsophage ne semblait pas au premier abord faire de doute. La température était un peu élevée et irrégulière, oscillant entre 37° et 38°. La malade attirait en outre l'attention sur l'existence de quelques douleurs articulaires du membre supérieur droit, mais elles étaient peu intenses, ne s'accompagnaient pas de réaction inflammatoire, entraînaient peu de gêne fonctionnelle, simplement une légère diminution de l'amplitude des mouvements de l'épaule droite.

En l'interrogeant plus attentivement on apprenait que ces manifestations articulaires n'étaient pas d'apparition récente, mais que la malade avait commencé à s'en plaindre déjà quelques mois (février 37) avant le début des troubles digestifs, elle avait présenté alors des douleurs des doigts, des poignets, des épaules, surtout mar-

quées à droite, s'accompagnant au niveau des doigts et des poignets d'une légère réaction inflammatoire avec tuméfaction peu importante. Ces troubles avaient conti-



Fig. 2

nué d'évoluer à bas bruit jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale, mais étant donné l'intensité des manifestations digestives, ils étaient restés au second plan

du tableau clinique et n'avaient pas retenu particulièrement l'attention.

Fait intéressant à noter, ils étaient toujours restés exclusivement limités aux articulations des membres supérieurs, jamais en particulier, la malade n'avait accusé de douleurs ni de raideur rachidiennes.

Mais surtout nous avons eu la surprise, et dès les premiers jours de son entrée dans le service, de pouvoir reprendre progressivement l'alimentation par la bouche. L'appétit renaissant aidant, nous avons pu assez rapidement mettre la malade au régime normal, les liquides puis les aliments solides furent avalés sans difficulté et bientôt il n'y avait plus trace de dysphagie, si bien qu'on laissait se fermer la fistule de gastrostomie. En outre, peu de temps après un examen radioscopique montrait l'existence d'un transit œsophagien normal, et une œsophagoscopie un œsophage normal sans rétrécissement et sans lésion de la muqueuse, un léger spasme du cardia simplement cédant facilement.

Par contre des clichés radiographique du squelette faits à la recherche de lésions rhumatismales, montraient l'existence d'importantes lésions osseuses de la colonne cervicale. Le cliché de face (*fig. n°2*) montre seulement des contours osseux flous, une opacité des corps vertébraux inégale, nuageuse, signes traduisant un processus de décalcification. Sur le cliché de profil (*fig. n° 3*) on note par contre l'existence sur la face antérieure des corps vertébraux d'un très important processus exostotique.



Fig. 3

1° Le bord inférieur de C² et le bord supérieur de C³ présentent chacun une image de bec de perroquet typique, ayant tendance à se rejoindre en pont osseux.

2° Les bords correspondants de C³ et C⁴ sont réunis par un important pont osseux.

3° Plus bas au devant de C⁷, il existe une image linéaire sombre, régulière, qui semble traduire une calcification du ligament vertébral antérieur.

4° Mais surtout le maximum des lésions siège en avant de C⁴, C⁵ et C⁶. A ce niveau en effet on voit une volumineuse masse osseuse soudant l'un à l'autre les corps vertébraux, s'implantant sur toute la hauteur de leur face antérieure, et dont la limite antérieure, nette dans sa partie supérieure, floue et irrégulière dans sa partie inférieure, se projette sur le film sur le même plan que les bords postérieurs du cartilage thyroïde.

5° Par ailleurs les disques intervertébraux semblent normaux, on ne note pas d'effondrement, de tassement des corps vertébraux.

Plusieurs autres clichés du rachis montraient que les lésions rhumatismales étaient étendues sur toute la hauteur de celui-ci, mais en restant beaucoup plus accentuées dans la région cervicale. Le cliché de face de la colonne dorsale montre de petits ponts osseux unissant l'un à l'autre les angles des corps vertébraux sur leur face gauche, le côté droit restant presque indemne. Celui de la colonne lombaire montre des très belles images d'ostéophytes en bec de perroquet et de ponts osseux (fig. n° 4), mais cette fois prédominant du côté gauche. Le cliché de profil montre aussi quelques becs de perroquet. Les disques intervertébraux dorsaux et lombaires sont normaux, il n'existe pas d'image nette de calcification ligamentaire.

En somme images caractéristiques d'ostéophytes de la colonne dorsale et surtout lombaire, mais ne prenant jamais les proportions importantes des lésions de la co-



Fig. 4

lonne cervicale. Ces ostéophytes restent toujours limités aux angles des corps vertébraux qu'ils semblent prolonger donnant ainsi à la vertèbre l'aspect classique de vertèbre « en diabololo ».

Quant aux radios des articulations des membres, elles ne montrent aucune lésion comparable. Les pour-tours osseux sont nets, les interlignes libres, clairs, non rétrécis. On ne voit nulle part des productions ostéophytiques.

La malade a fait deux séjours de trois mois dans le service, un premier de novembre 1937 à fin janvier 1938, un deuxième d'avril à fin juin 1938. Depuis elle a été revue plusieurs fois à la consultation. Elle a reçu régulièrement un traitement antispasmodique sous forme de teinture de belladone. Plusieurs traitements ont été institués contre son rhumatisme, notamment et avec un succès passager, des injections de sels d'or qui ont dû être interrompues devant des manifestations cutanées d'intolérance. Actuellement son rhumatisme s'est aggravé et étendu. Il entraîne une importante gêne fonctionnelle des membres supérieurs, s'accompagne aux mains et aux poignets d'une réaction inflammatoire très douloureuse. Enfin les articulations des membres inférieurs sont atteintes avec prédominance au niveau des articulations des pieds et des chevilles gênant beaucoup la marche.

Par contre l'atteinte de la colonne cervicale ne s'est manifestée cliniquement que d'une façon transitoire par quelques douleurs et une limitation des mouvements de flexion et de rotation de la tête ayant rapidement cédé,

Enfin la malade n'a jamais présenté à nouveau le moindre trouble de la déglutition.

Ainsi chez cette malade la présence de manifestations rhumatismales des articulations des membres, assez discrètes au début, ont conduit à découvrir par un examen radiographique général du squelette, l'existence de lésions rachidiennes à type d'ostéo-arthrite vertébrale dégénérative et ostéophytique. Nous pouvons en tirer, nous semble-t-il, deux conclusions :

1° Cette atteinte rachidienne est demeurée cliniquement complètement latente, si l'on met à part la dysphagie, il s'agit cependant de lésions déjà anciennes évoluant vraisemblablement depuis longtemps. En effet, la présence d'ostéophytes, leur importance, traduit, d'après les travaux de Leriche et Policard sur la physiologie pathologique de l'os, un stade ultime du processus rhumatismal, stade de cicatrisation ayant fait suite à un ou plusieurs stades successifs de congestion d'abord active puis passive. Au contraire, l'atteinte des membres supérieurs, qui a marqué le début clinique de l'affection, est vraisemblablement beaucoup plus récente comme semble le prouver l'absence de réaction osseuse visible à la radio. Elle n'a été que la traduction d'une nouvelle poussée évolutive et extensive de la maladie rhumatismale préexistante.

2° On est frappé d'autre part de l'importance toute particulière du processus d'ostéo-arthrite au niveau de la colonne cervicale, se traduisant radiologiquement par une masse osseuse hypertrophique de la face antérieure des corps vertébraux faisant saillie à la face postérieure du pharynx, et qui, devant l'absence de toute atteinte digestive, œsophagienne et gastrique de la malade, per-

met seul d'expliquer les troubles de la déglutition qu'elle a présentés, lesquels ont fait poser tout d'abord le diagnostic de cancer de l'œsophage.

C'est ainsi que nous avons été conduit :

1° A essayer d'expliquer le mécanisme par lequel la localisation cervicale du rhumatisme a pu chez notre malade entraîner de la dysphagie.

2° A rechercher dans la littérature médicale des observations semblables permettant par leur réunion, de décrire une véritable forme dysphagique du rhumatisme cervical chronique.

3° A faire certaines constatations sur l'aspect radiologique particulier que présente souvent dans ces cas les lésions ostéo-arthritiques.

SPASME DE L'ŒSOPHAGE ET RHUMATISME CERVICAL

L'importance de la masse d'exostoses que nous avons décrite à l'examen radiographique, peut au premier abord expliquer à elle seule une gêne mécanique de la déglutition. En effet, siégeant essentiellement sur la face antérieure des corps de C₁, C₂, C₃, elle fait saillie en avant à la face postérieure de la partie laryngienne du pharynx, en regard de la bouche supérieure de l'œsophage, sa limite antérieure atteignant sur le cliché de profil le même plan que les bords postérieurs du cartilage thyroïde (fig. 3). On comprend ainsi que cette région déjà normalement étroite puisse se trouver ainsi considérablement rétrécie.

Mais la disparition rapide et complète de toute dysphagie quelque temps après la gastrostomie, le fait que cette dysphagie ne soit jamais réapparue depuis, malgré la persistance évidente de la gêne mécanique supposée, obligent à faire intervenir d'autres facteurs. Deux nous semblent possibles.

On peut supposer qu'à l'occasion d'une poussée évolutive rhumatismale qui s'est manifestée par une atteinte douloureuse des articulations des membres supé-

rieurs, il s'est produit à la colonne cervicale au niveau des anciennes lésions d'ostéo-arthrite des phénomènes inflammatoires avec participation des éléments avoisinants : tissu cellulaire de l'espace rétro-pharyngien, paroi postérieure du pharynx. Ainsi la congestion des parties molles s'ajoutant à la saillie osseuse préexistante aurait déterminé une gêne de la déglutition, dont le mécanisme pourrait être comparé à celui de la dysphagie dans certains abcès rétro-pharyngiens du mal de Pott cervical. L'irritation déterminée dès lors par le passage des aliments n'aurait fait qu'entretenir et même aggraver les phénomènes inflammatoires, expliquant ainsi l'accentuation progressive de la dysphagie. Par contre la mise au repos, après la gastrostomie, de la partie supérieure du tube digestif aurait entraîné une sédation expliquant la disparition des troubles.

Cependant il paraît anormal que des phénomènes inflammatoires assez importants pour déterminer une telle gêne de la déglutition ne se soient pas accompagnés de manifestations douloureuses ni au niveau de la colonne cervicale, ni au cours des mouvements de la déglutition ; il ne s'agissait pas en effet d'une dysphagie douloureuse. D'autre part ils ne permettent pas d'expliquer le rétrécissement de la partie haute de l'œsophage qui a été constaté par l'examen radioscopique fait en ville dont nous avons donné le compte rendu, et confirmé par une œsophagoscopie.

C'est pourquoi, sans éliminer complètement la possibilité d'une poussée inflammatoire locale associée, nous croyons pouvoir mieux expliquer le mécanisme de la dys-

phagie par l'existence d'un véritable spasme de l'œsophage; les lésions osseuses jouant le rôle d'épine irritative plutôt que celui d'obstacle mécanique, ont entraîné au niveau de la portion initiale de l'œsophage un spasme réflexe de défense, rendant bien compte à la fois des troubles cliniques : impossibilité du dernier acte de la déglutition et régurgitation immédiate, et des images radiologiques de rétrécissement. Le fait que la dysphagie ait eu une évolution progressive, régulière et permanente pendant plusieurs mois pourrait être opposé à la notion classique selon laquelle les spasmes vrais de l'œsophage sont au contraire intermittents, transitoires, d'évolution irrégulière. Cependant, dans notre cas, l'épine irritative étant permanente on peut comprendre qu'elle ait déterminé des manifestations spasmodiques de plus en plus accentuées, et continues. Les cas de spasme vrai de l'œsophage permanent ayant duré non seulement plusieurs mois, mais même plusieurs années ne sont d'ailleurs pas exceptionnels pour certains auteurs (Mc. Gibbon, Lericq, Mather). Enfin la notion de spasme cadre bien avec la disparition complète de la dysphagie après l'intervention chirurgicale ayant mis au repos l'œsophage, et l'on peut en outre, faire intervenir ici un facteur psychologique, dont on a souvent montré l'importance dans la question des spasmes de l'œsophage (Lust, 1923; Abel, 1929; Moersch et Camp, 1934; Lemaître), la malade ayant toujours considéré l'intervention chirurgicale qu'elle avait subie comme devant être curatrice. Le fait qu'elle a toujours reçu depuis assez régulièrement une médication anti-spasmodique peut expliquer l'absence de récurrences.

Le siège exact du spasme œsophagien peut par contre être discuté. Le siège de l'irritation locale au niveau de la bouche supérieure de l'œsophage fait penser à un spasme du constricteur inférieur du pharynx, ce fait étant en accord avec la notion récente selon laquelle « tous les spasmes vrais sont localisés aux deux orifices du conduit œsophagien, le spasme supérieur au niveau de la bouche œsophagienne à l'endroit où le constricteur inférieur du pharynx forme un réel sphincter à l'entrée du conduit, le spasme inférieur au niveau de la traversée diaphragmatique » (Dufourmontel) et non au cardia. Mais le compte rendu des examens radioscopiques et œsophagoscopiques semble montrer qu'il existait un rétrécissement beaucoup plus étendu, l'œsophage ne reprenant son calibre normal qu'à son tiers moyen environ. On a même noté un élargissement de sa partie toute supérieure. N'ayant pas effectué nous-même ces examens et les clichés radiographiques n'étant pas assez démonstratifs il nous est difficile de prendre un parti net. Cependant si plusieurs auteurs (Negus, Chevalier Jackson, Baldenweek, Dufourmontel, Leroux), dans le spasme vrai de l'œsophage secondaire à une irritation à distance et sans lésions organiques des parois, nient la possibilité de localisation autre que celle aux sphincters véritables : constricteur inférieur du pharynx et diaphragme, d'autres (Moersch et Camp, Teschendorf, Barsony et Polgar, Brown, Kelly, etc...) admettent la possibilité de spasmes non sphinctériens; Guisez l'admet en particulier pour le tiers supérieur de l'œsophage. Aussi est-il permis de penser que dans notre cas il y a

eu spasme non seulement du sphincter supérieur, mais aussi des parois mêmes de l'œsophage dans sa portion supérieure expliquant les résultats de l'examen radioscopique qui ont pu faire parler « d'infiltration sténosante des parois œsophagiennes ».

Confirmant notre interprétation du mécanisme des troubles digestifs nous avons trouvé dans un numéro du *Giornale di Clinica Medica* (30 avril 1938, p. 530) l'observation suivante du professeur Pescatori :

« Un homme, âgé de 72 ans, souffre depuis plusieurs mois de dysphagie intermittente plus ou moins accentuée. Cette dysphagie n'est pas en rapport avec la densité ni la température des aliments. Elle se manifeste surtout au début de la déglutition et provoque des renvois et quelques quintes de toux. Le patient n'a pas maigri ni perdu l'appétit mais les troubles s'étant accentués depuis un mois et le préoccupant, il vient consulter et l'on pratique un examen radioscopique qui montre, lorsque le malade avale la bouillie barytée, quelques signes de parésie du pharynx avec arrêt de la substance opaque au niveau des replis glosso-épiglottiques. La bouillie arrivée dans l'hypopharynx s'y arrête quelques instants puis passe dans l'œsophage qui présente un rétrécissement à contours lisses, réguliers, sur la longueur de plusieurs centimètres, puis descend dans la partie sous-jacente qui est de calibre normal (*fig. n° 5*). Le même fait se répète à plusieurs reprises. Le cœur et les gros vaisseaux du médiastin sont normaux. L'examen digestif ne montre rien d'anormal. Ayant examiné in-

cidemment la colonne cervicale, on observe sur le cliché de profil de la 4^e à la 6^e vertèbre cervicale un aplatissement des disques intervertébraux, une déformation en



Fig. 5

diabolo des corps vertébraux et de grosses formations ostéophytiques prenant origine aux bords antérieurs de ceux-ci. Il y a donc là le cadre d'une spondylose déformante hypertrophique de la colonne cervicale. Chez ce malade les troubles allèrent en diminuant avec le temps, disparurent presque complètement pour réapparaître plus tard à de brefs intervalles. Après un an, ayant encore

quelques troubles intermittents, on soumit le malade à un examen radiologique qui a montré un œsophage normal, l'absence de sténose. Après un an et demi le malade, si ce n'est quelques rares troubles de la déglutition, ne présentait plus rien d'anormal ».

Cette observation se rapproche par plusieurs points de la nôtre; et on peut en tirer les mêmes conclusions générales : rhumatisme chronique cervical hypertrophique sans aucun signe clinique local attirant l'attention, se traduisant seulement par de la dysphagie avec impossibilité du dernier acte de la déglutition et régurgitation immédiate. Cette dysphagie fait d'autant plus penser à un spasme de l'œsophage qu'elle est intermittente. Les lésions cervicales prédominent ici aussi sur les 4^e, 5^e et 6^e cervicales et sont caractérisées par des images radiologiques ostéophytiques de la face antérieure des corps vertébraux. Les néoformations osseuses semblent cependant moins importantes que celles de notre observation, mais il est difficile d'en juger sur le seul cliché qui est joint à l'article.

Voici les conclusions de l'auteur : « Nous pensons pouvoir conclure avec certitude que la sténose de la bouche œsophagienne était nerveuse. Quelle en était la cause? Observant les radios, il est évident que la présence du spasme correspond à la formation d'ostéophytes des corps vertébraux, la correspondance des deux facteurs est logique. On sait bien que les spasmes du duodénum, du grêle, du colon comme de l'œsophage peuvent se produire non seulement à la suite de lésions atteignant ces organes, mais aussi leur entourage; et

nous savons que l'œsophage n'est séparé de la colonne cervicale que par le fascia pré-vertébral lequel est en rapport intime avec le sympathique cervical et le vague, par les muscles pré-vertébraux, d'ailleurs disposés un peu latéralement et par le ligament commun longitudinal antérieur. Il ne semble pas inadmissible que de grosses proliférations ostéophytiques marginales antérieures de la colonne cervicale puissent causer de l'irritation et l'étendre jusqu'au fascia pré-vertébral et parfois jusqu'à la paroi œsophagienne, atteignant le sympathique cervical et le vague et déterminant des modifications du tonus musculaire de l'œsophage même ».

Nous possédons également la référence d'un article L. Eléoner intitulé « Spasme de l'œsophage accompagnant le rhumatisme vertébral » (*Western, Journal of Surgery*, p. 341-346, mai 1931). Mais le numéro étant épuisé nous n'avons pu malheureusement nous le procurer.

Ainsi il semble bien que le rhumatisme cervical dans sa forme chronique, hypertrophique, peut être à l'origine d'une irritation locale déterminant secondairement un spasme vrai de la partie initiale de l'œsophage. Tous les auteurs insistent sur la multiplicité des affections qui peuvent être à l'origine du spasme de l'œsophage. Mais nous avons été frappé par le fait que dans la grande majorité des observations citées, il s'agit de spasme au niveau de la traversée diaphragmatique. Ainsi les causes les plus souvent invoquées, c'est-à-dire les lésions du

tube digestif : ulcère et cancer gastrique, troubles dyspeptiques, et toutes les affections intestinales, de même que certaines affections utérines et annexielles, paraissent déterminer surtout un spasme diaphragmatique. Par contre, les observations de spasme de la bouche supérieure œsophagienne sont plus rares et les causes invoquées moins nombreuses : lésions médiastinales, adénites, ectasie aortique, tumeurs du cou, enfin certaines lésions dentaires et rhino-pharyngées. Guisez les rapports surtout à la tachyphagie. Mais assez souvent encore, il semble, que l'on soit obligé de se contenter d'un diagnostic de spasme idiopathique ou de spasme par instabilité nerveuse tel que l'« œsophagisme psychologique » (Abel). Nulle part, nous n'avons trouvé mentionné de façon précise le rhumatisme cervical chronique comme cause possible de tels spasmes. Il nous semble, d'après ces observations cliniques, qu'il pourrait être intéressant lorsque l'examen général, digestif en particulier, est resté négatif, d'y songer systématiquement et de pratiquer une radiographie de la colonne cervicale. D'autant plus, que l'on connaît la latence possible de telles lésions, qu'il peut s'agir de formes localisées au rachis ou même seulement à la région cervicale sans autre participations articulaires, et enfin que certains auteurs ont insisté sur leur extrême fréquence chez les sujets âgés. Schmorl et Junghaus en particulier, se basant sur un très grand nombre d'autopsies ont observé au minimum l'ossification des ligaments vertébraux chez tous les sujets âgés de plus de 60 ans, les lésions commençant déjà entre 30 et 40 ans. Il leur semble, après un examen en

masse de colonnes vertébrales que le rhumatisme déformant s'abat le plus souvent sur la colonne vertébrale contrairement à l'opinion primitive selon laquelle le rachis est rarement atteint et cède la place aux doigts et à l'articulation du poignet.

AUTRES OBSERVATIONS DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION AU COURS DU RHUMATISME CERVICAL CHRONIQUE

Nous avons pu trouver dans la littérature médicale d'autres observations semblables que nous allons résumer maintenant. Dans aucune d'elles les auteurs ne font intervenir de façon précise le spasme de l'œsophage dans l'explication des troubles de la déglutition. Mais d'après leurs conclusions, il semble que dans certains cas d'autres mécanismes puissent être invoqués.

A. Schlachter a publié un cas de « spondylose déformante de la colonne cervicale provoquant des troubles de la déglutition ». (*Nederl. tijdschrift v. Gen.* 77, p. 4683 à 4685, 14 oct. 1933).

Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans, qui présente depuis 6 mois des troubles de la déglutition l'obligeant à faire de nombreux efforts avant de parvenir à avaler. Elle boit avec difficulté, à petites gorgées espacées, si on la fait boire plus rapidement, à gorgées plus grandes et plus rapprochées, la malade ne peut avaler et recra-

che l'eau aussitôt. Elle ne peut boire qu'avec la sensation désagréable d'avoir soif et peur d'avaler. Ces troubles légers au début, se sont aggravés ensuite. Pas d'amaigrissement, bon appétit. Aucun autre trouble par ailleurs, si ce n'est une légère douleur dans le cou et la poitrine lorsqu'elle lève la tête et la rejette en arrière. A l'examen clinique on ne note rien d'anormal si ce n'est une légère scoliose convexe gauche de la partie supérieure de la colonne dorsale et de légers craquements de l'épaule droite au cours des mouvements. La mobilité et la souplesse de tout le rachis sont parfaitement conservées. Aucune atrophie des muscles de la nuque. Aucune douleur à la pression. Une œsophagoscopie est alors pratiquée qui montre que la paroi du pharynx est attirée en avant à la hauteur de l'ouverture du larynx, c'est-à-dire de C₄, C₅. Les radiographies de la colonne vertébrale montrent des lésions d'arthrite déformante la frappant dans son ensemble mais d'une façon plus importante dans la région cervicale. On observe en effet à ce niveau sur un cliché de profil (*fig. n°6*) la formation d'ostéophytes sur le ligament vertébral antérieur. Ces ostéophytes sont de forme triangulaire en bec, s'étendant d'une vertèbre à la suivante et de là à la 3^e et forment entre eux une sorte de nœud de C₃ à C₆ sur leur face antérieure. Il existe également quelques ostéophytes semblables mais beaucoup moins développés sur la face antérieure et droite de la colonne dorsale. La colonne lombaire n'est presque pas atteinte. Les disques intervertébraux sont réguliers. On note sur l'os iliaque droit à l'extrémité inférieure de l'articulation sacro-iliaque

une excroissance ostéophytique en forme de crochet.

L'auteur conclut : « les radiographies nous ont montré dans ce cas une spondylose déformante particulièrement localisée à la colonne cervicale. Les troubles de la déglutition étaient dus, comme nous l'avons vu claire-



Fig. 6

ment à la scopie, à l'excroissance osseuse en forme de nœud siégeant de C⁵ à C⁶ ». Il semble ainsi n'invoquer dans le mécanisme des troubles qu'une simple gêne mécanique. Cependant il nous paraît d'après la description des symptômes : régurgitations immédiates des liquides après des gorgées trop rapprochées alors que

de petites gorgées espacées sont facilement avalées, que la coexistence d'un élément nerveux sous forme de spasme du constricteur inférieur du pharynx est ici aussi bien probable.

Spitzenberger a publié deux observations sous le titre « Exostose marginale des vertèbres cervicales comme cause de troubles de la déglutition » (*Roentgenpaxis*, p. 153-160, mars 1936).

La première observation se résume ainsi : une femme de 39 ans, ayant déjà subi quelques années auparavant une laminectomie de la colonne cervicale pour phénomènes de compression de la moëlle cervicale, se plaint de douleurs de la nuque, de paresthésies et de faiblesse du membre supérieur gauche, le tout accompagné de troubles de la déglutition. La radiographie de la colonne cervicale montre, outre des lésions des apophyses épineuses de C² à C⁴ que l'auteur rattache à la laminectomie subie par la malade, au niveau de C³, C⁴, « des exostoses marginales antérieures secondaires, arthritiques, longues de 1 cm. en forme de bec d'oiseau, déprimant nettement la muqueuse pharyngienne (fig. n°7), une ankylose osseuse avec calcification du disque entre C² et C³. Il existe sur le bord antérieur du disque C⁴-C⁵ de petits dépôts calcaires. La circulation œsophagienne n'est pas gênée ».

Dans la seconde observation il s'agit d'un homme

de 45 ans, qui présente des troubles de la déglutition depuis un an et consulte un laryngologue. Une radiographie cervicale montre des exostoses marginales des



Fig. 7

bords antérieurs des 3^e, 4^e et 5^e cervicales qui sont réunis par des ponts interosseux importants (*fig. n° 8*).

L'auteur conclut « les exostoses marginales de la colonne cervicale peuvent provoquer des troubles de la déglutition par la voussure qu'elles déterminent de la paroi pharyngée. Peut-être le siège en face de l'épi-

glotte joue-t-il un rôle, cet endroit déjà étroit normalement se trouvant ainsi encore rétréci ».

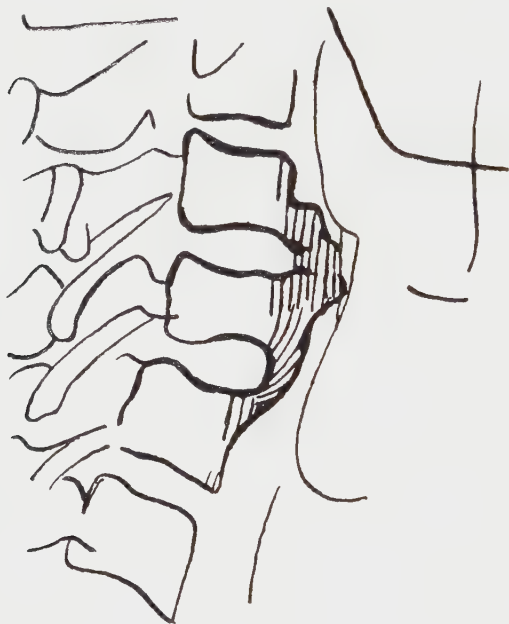


Fig. 8

Enfin nous avons trouvé trois autres observations publiées par Wiethe sous le titre : « Spondyloarthrites de la colonne cervicale à l'origine de troubles de la déglutition » (*Ztschrift f. Laryng. Rhin. Otol.* 24, 54-58, 1933).

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 70 ans qui se plaint de douleurs violentes survenant au cours

des mouvements de déglutition et irradiant dans l'épaule gauche, sans qu'il semble exister de véritable obstacle à la déglutition. La laryngoscopie ne montre rien de pathologique. Radiologiquement on ne trouve



Fig. 9

aucun trouble œsophagien, aucune lésion médiastinale. Pour compléter l'examen on fait une radio de la colonne cervicale qui montre « des altérations de spondylose arthritique intenses de la 2^e à la 6^e cervicale (*fig. n° 9*), caractérisées par la formation d'ostéophytes de la face antérieure des corps vertébraux et de calcifications ligamentaires. On voit de plus à la hauteur du larynx une ombre de la grosseur d'un noyau de

datte, posée en pont en avant de C₄, C₅, due vraisemblablement à un foyer osseux isolé. Il est difficile de dire si les lésions siègent exactement sur la ligne médiane et si le processus ostéo-arthritique ne s'étend pas aux faces latérales des corps vertébraux. L'irradiation des douleurs pendant la déglutition dans l'épaule gauche ne peut être expliquée que par le fait que les nerfs cervicaux, surtout les 2^e et 3^e, irrités par le processus arthritique sont comprimés par déplacement des parties molles au cours des mouvements de déglutition ».

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un ouvrier qui depuis dix ans, environ, éprouve de la difficulté à avaler. Il doit faire des efforts pour déglutir et a toujours la sensation d'un corps étranger du pharynx, il essaye continuellement de cracher des mucosités naso-pharyngiennes sans que cette sensation disparaisse. L'examen du rhino-pharynx est négatif. La laryngoscopie montre l'existence « d'une proéminence de la grosseur d'une extrémité de doigt semblant appartenir à la colonne cervicale, de consistance osseuse et qui siège en regard des cartilages arythénoïdiens ». A la radio il existe « des exostoses antérieures des 4^e et 5^e corps vertébraux et une formation osseuse en pont entre ces deux vertèbres, faisant saillie en avant » (fig. n° 10). « Dans ce cas les troubles de la déglutition sont produits par un obstacle purement mécanique dû à une exostose des corps vertébraux au-dessus du larynx, expression d'une arthrite rhumatismale chronique. »

Dans un troisième cas, il s'agit d'un déménageur de 42 ans qui fait une chute au cours de laquelle la tête subit une rotation forcée vers la droite. Le sujet



Fig. 10

présente par la suite des troubles parétiques des bras, quelques douleurs dans les mouvements de la tête. Quelque temps après il se plaint de troubles de la déglutition et vient consulter. Une radio fait soupçonner une fracture de la 5^e cervicale, et l'on applique un appareil plâtré. Après deux mois on enlève le plâtre et on

constate que les mêmes troubles de la déglutition persistent, s'accompagnant de douleurs au niveau de la 2^e à la 4^e cervicale. On applique un appareil de soutien. Le malade revu au bout de deux ans se plaint d'une accentuation de sa dysphagie, les liquides refluent par le nez et les aliments solides sont régurgités ou ne passent qu'après plusieurs efforts de déglutition. A la rhinoscopie postérieure on constate « qu'au niveau de la 2^e et 3^e vertèbre cervicale, du côté droit de la paroi postérieure du pharynx à 1 cm. de la ligne médiane, se trouve une proéminence de consistance osseuse, du volume d'un noyau de datte. Le côté droit du voile du palais est paralysé. Le voile est attiré obliquement en haut et à gauche pendant la phonation. La paroi droite du pharynx présente une anesthésie presque complète se transformant vers le bas en hypoesthésie, avec abolition du réflexe de vomissement qui existe à gauche ». L'examen radiologique pratiqué alors montre (fig. n° 11) « que les 2^e et 3^e cervicales sont réunies par un pont osseux, le fragment osseux résultant de cette réunion est plus bas à gauche qu'à droite. Les espaces inter-vertébraux entre les 3^e, 4^e, 5^e vertèbres cervicales sont rétrécis et les corps vertébraux montrent dans leur partie antérieure des crochets arthritiques nets. Il existe dans ce cas une fracture ancienne par compression des 2^e et 3^e cervicales avec spondylose arthritique consécutive. Les exostoses ainsi déterminées semblent comprimer le plexus pharyngien et provoquer ainsi des phénomènes paralytiques et hypoesthésiques ».

Cette dernière observation diffère un peu des précédentes en ce sens que les lésions osseuses sont secondaires à un traumatisme et ne relèvent pas d'un rhumatisme chronique primitif. Cependant les lésions



Fig. 11

d'exostose responsables des troubles sont semblables à celles qu'aurait pu déterminer une ostéo-arthrite rhumatismale primitive, et l'auteur conclut ainsi : « Nous pouvons constater dans chacun de ces cas qu'il existe une spondylose déformante de la colonne cervicale qui provoque des troubles de la déglutition explicables d'une façon différente. Dans le premier cas, dysphagie

douloureuse par irritation des nerfs cervicaux, dans le deuxième cas, obstacle à la déglutition dû à une exostose, dans le troisième cas, paralysie unilatérale du voile du palais et hypoesthésie unilatérale du pharynx par compression du plexus pharyngien ». Ainsi « il arrive assez souvent que certains malades se plaignent de troubles de la déglutition sans que l'on trouve aucun substratum anatomique. On a alors tendance à considérer ces troubles comme nerveux ou « hystériques ». Mais il ne faut jamais poser un tel diagnostic sans avoir épuisé tous les moyens d'investigation. Dans certains cas la radiographie de la colonne cervicale peut apporter des éclaircissement alors que l'examen oto-rhino-laryngologique était resté négatif. »

On peut donc concevoir d'après ces quelques observations, que la spondylose cervicale hypertrophique peut s'accompagner de troubles de la déglutition dont le mécanisme est selon les cas différents : spasme œsophagien réflexe, simple gêne mécanique, déglutition douloureuse par irritation nerveuse ou même troubles paralytiques par compression du plexus pharyngien.

RHUMATISME CERVICAL CHRONIQUE A FORME DE SPONDYLOSE HYPERTROPHIQUE

Si nous nous attachons maintenant plus particulièrement à l'étude des lésions ostéo-articulaires que montrent dans ces différentes observations les clichés radiographiques, il nous semble que quelques points particuliers méritent d'être soulignés. A savoir :

1° L'importance toute particulière que peut prendre à la colonne cervicale les réactions ostéophytiques hypertrophiques rhumatismales.

2° La prédominance habituelle de ces lésions sur la 5^e vertèbre cervicale et les vertèbres adjacentes.

3° Leur siège sur la face antérieure des corps vertébraux.

4° La fréquence dans ces cas d'une symptomatologie fonctionnelle particulièrement discrète ou même inexistante.

Certains auteurs signalent la discrétion habituelle des symptômes radiologiques de l'arthrite vertébrale

dans sa localisation cervicale par opposition à sa localisation dorsale et surtout lombaire où les ostéophytes seraient plus fréquents et plus importants. D'après MM. Sorrel et Longuet (*Traité de Chirurgie Orthopédique*, Ombredanne et Mathieu), à la colonne cervicale « les ostéophytes peuvent s'observer, mais ils sont d'ordinaire peu nombreux, peu prononcés. Il est exceptionnel d'observer des ponts osseux intervertébraux. Dans l'ensemble les images sont plus discrètes à la région cervicale qu'à la région lombaire, le processus moins accentué ». On noterait seulement le plus souvent « un aspect ostéoporotique, une irrégularité des contours de l'os, un tassement léger des corps vertébraux avec aspect plissé ou excavé de leur face antérieure ».

Il semble cependant dans certains cas que la réaction exostosique puisse prendre au contraire une importance toute particulière à la région cervicale. Dans l'observation que nous avons présentée on observe des formations osseuses de la colonne dorsale et surtout lombaire qui présentent les caractères radiologiques classiques de l'ostéophyte. Ceux-ci étant d'après Robert et Forestier, des saillies osseuses anormales constituées par le corps vertébral lui-même se prolongeant en bec, saillies présentant une corticale et dont les bords sont nets; le point d'implantation en est le coin du corps vertébral. Par contre les productions osseuses beaucoup plus importantes et exubérantes de la colonne cervicale (fig. n° 3), ont des caractères particuliers qui les distinguent des véritables ostéophytes. Si en effet il existe

au coin inférieur de C^2 et au coin supérieur de C^3 des becs de perroquets typiques, la volumineuse masse osseuse qui est en avant de C^4 , C^5 , C^6 se caractérise par



Fig. 12

le fait qu'elle s'implante sur toute la hauteur de la face antérieure de plusieurs corps vertébraux ainsi unis l'un à l'autre, que sa forme est irrégulière, désordonnée, s'étendant à la fois en hauteur et en épaisseur, que sa

limite périphérique est par endroit irrégulière et floue. Aussi une telle image nous paraît-elle être intermédiaire entre celle de l'ostéophyte et celle du syndesmophyte, lequel, au contraire de l'ostéophyte, ne possède ni corticale, ni structure trabéculaire, suit la forme du ligament, englobe plusieurs vertèbres. Les figures 6, 8, 9 montrent des lésions présentant les mêmes caractères. Nous reproduisons en outre la radiographie cervicale (*fig. n° 12*) d'une malade du service de notre Maître le Docteur Et. May, cette malade présente un rhumatisme ostéophytique généralisé mais qui prend à la colonne cervicale une importance toute particulière et donne une image ayant le même aspect que celui que nous venons de décrire.

Ainsi nous pensons pouvoir expliquer l'importance particulière que prennent parfois à la colonne cervicale les réactions exostosiques par l'association aux ostéophytes proprement dits, d'une participation ligamentaire : ossification primitive du ligament commun vertébral antérieur, créant ensuite une large surface d'appel aux dépôts calcaires. Cette calcification du ligament vertébral au niveau de la colonne cervicale étant due vraisemblablement aux tiraillements particulièrement importants dont il est l'objet, étant donné la grande mobilité de ce segment vertébral.

Proux dans une thèse récente sur les signes radiologiques des rhumatismes chroniques vertébraux signale également cette particularité de certaines localisations cervicales de l'ostéo-arthrite dégénérative.

Enfin, ces notions rencontrent les conclusions tirées

par MM. Mathieu Pierre Weil et J. Lalonne de l'étude de pièces anatomiques, et qui signalent la fréquente coexistence sur un même rachis de calcifications ligamentaires évidentes en coulées osseuses et d'ostéophytes. D'après ces auteurs, contrairement à la notion classique selon laquelle l'ostéophyte serait caractéristique de l'ostéo-arthrite dégénérative et le syndesmophyte le symptôme révélateur de la spondylose rhizomélisque, en réalité, seule la prédominance de l'une ou l'autre forme de lésions, et l'association ou non d'ankylose sacro-vertébrale et de lésions cotyloïdiennes permet de classer les pièces dans la catégorie spondylose rhizomélisque ou ostéo-arthrite dégénérative.

Ainsi ces lésions de « spondylites mixtes » d'après nos observations nous semblent pouvoir être réalisées plus facilement et plus fréquemment à la colonne cervicale que dans toute autre localisation rachidienne au cours de l'ostéo-arthrite dégénérative.

La prédominance frappante de ces lésions au niveau de C₃ et des vertèbres adjacentes peut aussi s'expliquer de la même façon, étant donné que c'est là le siège du maximum de mobilité du rachis cervical et par suite de tiraillements ligamentaires.

De même la localisation des lésions à la face antérieure des corps vertébraux alors que les ostéophytes typiques se voient, à la colonne dorsale et lombaire, aussi souvent sur les faces latérales que sur la face antérieure. Notons cependant que les lésions des faces

latérales des corps vertébraux sont difficilement visibles au niveau du rachis cervical, on est gêné par les images des apophyses transverses, qui, contrairement à celles des vertèbres dorsales et lombaires, se trouvent ici sur le même plan frontal que les corps vertébraux.

Un dernier point nous paraît devoir être noté, c'est l'opposition frappante qui existe dans la plupart de ces cas et dans notre observation en particulier, entre l'importance des lésions anatomiques révélées par la radiographie et la discrétion des signes cliniques locaux. Ce fait a déjà été souligné par plusieurs auteurs tout particulièrement pour la localisation cervicale de l'ostéoarthrite. MM. Sorrel et Longue, écrivent : « Fait remarquable, les malades n'attirent pas l'attention sur la région cervicale, dont ils ne souffrent pas ou presque pas. De plus très souvent dans ces formes de rhumatisme cervical, les mouvements de cette partie du rachis restent remarquablement peu limités, c'est-à-dire que le diagnostic ne peut être établi que par la radiographie ». Cependant dans les cas particuliers qui nous intéressent et où la radio montre des formations osseuses exubérantes liant entre eux plusieurs corps vertébraux, il semble qu'il devrait exister une importante ankylose, or cliniquement, cette ankylose paraît, ici aussi, rester très discrète et difficile à mettre en évidence.

Mais si la discrétion des manifestations cervicales est bien connue, on sait aussi que la cervicarthrie se manifeste souvent par des signes à distance d'une variété et d'une diversité inconnue dans les autres atteintes rachidiennes, à savoir, névrites cervico-brachiales, torti-

colis spasmodiques, paralysies radiculaires, amyotrophies, enfin toute une série de troubles que l'on rattache à une irritation sympathique. Fait remarquable, c'est souvent dans ces cas à riche symptomatologie que l'on note une discrétion toute particulière des signes radiologiques. Dans notre cas au contraire, aucun symptôme attribuable à une compression ou à une irritation radiculaire ou sympathique n'a été noté et l'on peut en conclure que malgré l'importance des lésions des faces antérieures des corps vertébraux, les autres régions des vertèbres en particulier les faces latérales, les apophyses transverses et articulaires, les trous de conjugaison, dont on connaît les rapports étroits, soit avec le sympathique cervical, soit avec les nerfs rachidiens, sont restées relativement indemnes. Et ainsi on est naturellement tenté d'opposer des formes à riche symptomatologie indirecte par irritation nerveuse mais à signes radiologiques discrets, les lésions à prédominance latérale étant difficilement visibles, et des formes où les lésions prédominant sur la face antérieure des corps vertébraux ne donnent pas de troubles de compression nerveuse, mais peuvent parfois entraîner des troubles de la déglutition, et dont les signes radiologiques facilement visibles sur les clichés de profil, sont révélateurs.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse qui devrait pour être confirmée, s'appuyer sur un plus grand nombre d'observations que celui que nous pouvons présenter actuellement.

CONCLUSIONS

1° Le rhumatisme cervical dans sa forme d'ostéo-arthrite dégénérative chronique, est une affection relativement fréquente qui par son polymorphisme clinique, expose le clinicien à de nombreuses erreurs de diagnostic.

Nous avons rassemblé, dans ce travail, quelques observations cliniques, qui permettent de décrire à côté des formes rachidiennes pures et des nombreuses formes associées (motrices, sensitives, amyotrophiques, sympathiques) une forme dysphagique caractérisée par une gêne de la déglutition, transitoire ou permanente, parfois très importante avec régurgitation des aliments et atteinte secondaire possible de l'état général.

2° La discrétion ou même l'absence de toute symptomatologie clinique locale, peut entraîner des erreurs de diagnostic, dont notre observation personnelle offre un exemple, si l'on ne pense pas à faire systématiquement une radiographie de la colonne cervicale.

3° Celle-ci révèle en effet dans ces cas d'importantes lésions exostotiques ;

— siégeant à la face antérieure des corps vertébraux;

— prédominant en règle sur la 5^e vertèbre cervicale et les vertèbres adjacentes;

— prenant souvent un aspect particulier avec image de néo-productions osseuses désordonnées, s'implantant sur toute la hauteur des corps vertébraux, englobant plusieurs vertèbres, et dont la limite est irrégulière, rappelant ce que MM. Mathieu Pierre Wiell et Lalonne ont décrit sous le nom de « spondylite mixte », par association d'un processus ostéophytique et d'un processus syndesmophytique.

— Ce type de lésion pourrait se rencontrer plus spécialement à la colonne cervicale, ce fait étant explicable par la physiologie particulière de ce segment du rachis.

4° La pathogénie des troubles de la déglutition dans cette forme hypertrophique de l'ostéo-arthrite cervicale est variable selon les cas. Mais si dans certaines observations on a pu invoquer, soit une simple gêne mécanique, soit une compression nerveuse avec dysphagie douloureuse, soit des troubles paralytiques du pharynx par compression du plexus pharyngien, le mécanisme le plus fréquent nous paraît être un spasme réflexe de la bouche supérieure de l'œsophage.

5° Aussi, étant donné la fréquence, à partir d'un certain âge, d'une atteinte rhumatismale de la colonne vertébrale cliniquement latente, devant des troubles de

la déglutition imputables à un spasme de l'œsophage, et lorsque un examen complet, digestif et oto-rhino-laryngologique en particulier, n'a rien révélé comme pouvant être à l'origine des troubles, nous pensons qu'il peut être utile, avant de parler de spasme idiopathique de pratiquer systématiquement une radiographie de la colonne vertébrale.

Vu le Président :

LOEPER

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

*Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris :*

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ELOONER (L.). — Spasme de l'œsophage accompagnant le rh. vertébral. (*Western Journal of Surgery*, 39 : 341-346, mai 1931).
- PESCATORI (G.). — Spasme de l'œsophage et spondylose déformante hypertrophique cervicale. (*Giornale di Clinica Medica*, 19 : 530-533, avril 1938).
- SCHLACHTER (A. A.). — Spondylose déformante de la colonne cervicale causant de la gêne de la déglutition. (*Nederl. tijdschrift v. Gen.*, 77 : 4683-4685, octobre 1933).
- SPITZENBERGER (O.). — Exostoses marginales rhumatismales de la colonne cervicale comme cause de troubles de la déglutition. (*Röntgenpraxis*, 8 : 159-160, mars 1936).
- WIETHE (C.). — Spondylo-arthrite de la colonne cervicale, à l'origine de troubles de la déglutition. (*Zeitschr. f. Laryng.-Rhino-Oto*, 24 : 54-58, 1933).

*

**

- ABEL. — Œsophageal obstruction. (London, p. 89, 1929).
- ALVAREZ (W. C.). — The mechanics of the digestive tract. (London, p. 27, 1928).
- BALDENWECK. — Spasmes et dilatations de l'œsophage. (*Archives intern. de O. R. L.*, 1924).
- (*J. Laryng. (Abstr.)*, 40, 141, 1925).
- BARELAY (A.-E.). — The digestive tract. (Cambridge, p. 177, 1931).
- BARSONY (T.) and ALAQUA (G.). — (*J. Laryng.* 45, 900, 1930).
- BCSWELL (D. W.). — Spasmodic stricture of œsophagus. (*Brit. M. J.* 2 : 1044, déc. 1930).

- BRIGHTON (R.). — Dilatation of œsophagus with spasmodic stricture. (Laryngoscope, 39 : 747-750, novembre 1929).
- BRULL (H.). — Der Kindliche œsophagospasmus. (Zeitsch f. Laryng. Rhin., 21 : 1-19, juin 1931).
- BRUZZI (P.) et ALAQUA (G.). — Spasmo esofageo. (Boll. d. mal. d. orecchio d. gola e. d. naso, 48 : 269-381, septembre 1930).
- DUFOURMONTEL. — Essai d'interprétation pathogénique de quelques spasmes de l'œsophage. (Revue de Laryng., 1921).
- Quelques considérations sur les spasmes de l'œsophage. (Bull. et mém. de la S. d. Chir. de Paris, 30 : 204-207, avril 1938).
- FORBES (H. H.). — (J. Laryng. 36 : 100, 1926).
- GOSSELIN. — Œsophogospasmes (observations). (Laval Méd. n° 5 : 129-132, mai 1937).
- GUISEZ. — Du spasme de l'œsophage. (Soc. méd. d. Hôp., mars 1908).
- Etudes œsophagoscopiques des spasmes de l'œsophage. (Arch. des mal. de l'Ap. dig., 381, 1909).
- Les spasmes de l'œsophage. (Gaz. des Hôp., p. 223, 1910).
- Conceptions actuelles des spasmes de l'œsophage. (Presse méd., p. 216, 1911).
- Le spasme aigu à forme grave de l'œsophage. (Bul. d'Oto-Rhino-Laryng., 113, juillet 1926).
- Les spasmes aigus à forme grave de l'œsophage. (La Clinique, n° 77, janvier 1927).
- GIBBON (Mc), LEND (B. S.), MATHER (J. H.). — Simple non sphincteric spasm of the esophagus. (The Lancet, p. 1385, juin 1937).
- JABOULAY. — Spasme idiopathique de l'œsophage. (Rev. intern. méd. et chir., p. 161, 1908).
- JUNG. — Les spasmes symptomatiques. (Th. Alger, 1920).
- KELLY (A. B.). — (J. Laryng., 5 : 89, 1936).
- KNIGHT. — (Brit. J. Sing, 22 : 155, 1935).
- KOHLER (A.). — Roët genology. (London, p. 379, 1928).
- KRONFELD (A.). — Œsophagus neurosen. (Psychotherapeut : Praxis, 1 : 21-26, mars 1934).
- KUNTZ (A.). — Autonomic Nervous system. (London, p. 188, 1929).

- LEGENDTRE. — Du spasme de l'œsophage. (Th. Bordeaux, 1903).
- LEROUX (L.). — Le spasme de l'œsophage. (Progr. méd., n° 7, 229, février 1938).
- LÉVY (D. M.). — Ein fall von spiraldrehung des œsophagus. (Klin. wochens, 8 : 171, janvier 1929).
- MAFFEO (L.). — Sulla patogenesi degli spasmi œsofagi. (Morgagni, 72 : 262-268, février 1930).
- MOLIMAR. — Spasme grave de l'œsophage simulant un cancer. (Loire Médicale, p. 275, 1910).
- MOHSEL (H. J.) and CAMPS (J. D.). — (Ann. Otol. Saint-Louis, 43 : 1165-1934).
- MONRAD. — Trois cas de spasme hystérique de l'œsophage. (Acta pediatrica, p. 29, T. I, 1922).
- NEQUES (U. E.). — (Proc. R. Soc. Méd., 29 : 917, 1936).
- PERONI (A.). — Considerazioni cliniche e patogeniche su alcune diseinesie dell'esofago. (Arch. ital. di otol., 49 : 145-165, avril 1937).
- PIQUET (J.). — Spasme œsophagien donnant l'image radiographique d'un cancer. (Bronchoscopie œsophag. et gashosc., n° 1, p. 24, janvier 1938).
- RAKE (G. W.). — (Quart. J. Méd., 23 : 491, 1930).
- RAYMOND. — Le spasme de l'œsophage. (Journ. des Prat., p. 262, 1908).
- TESCLERNDORF (W.). — (Engel. Méd. Strahleuf., 3 : 175, 1928).
- VINSON (P. P.). — Œsophagus strictures of unusual origin. (Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 3 : 21, janvier 1928).

**

- BARKE (S. N.). — Spondylose ossifiante ligamentaire localisée. (Fortseh. a. d. G. d. Röntg. Bd. 53, mars 1936).
- BARRELICOU. — Syndrome sympathique cervical postérieur. (Presse Méd., 42 : 323-325, août 1934).
- BROOKES (Th.). — Dislocations of the cervical spine. (Journ. of the Amer. Méd. Ass., mars 1936).
- BUFUOR et LEGRAS. — Sur un mode de rhumatisme vertébral chronique. (Revue d'orthopédie, T. IX, p. 429, 1922).
- CROUZON et LÉGER. — Les anomalies de développement de la colonne cervicale. (Monde Méd., 15 septembre 1928).

- DELAHAYE (A.). — Quelques détails sur l'ossification vertébrale précisés par la radiographie (J. de Radiologie, T. VIII, n° 4, avril 1924).
- DELAHAYE (A.). — Sur certaines lésions rachidiennes, leur difficulté de diagnostic. (Gaz. des Hôp., 7 décembre 1935).
- DIEULAFÉ. — La colonne cervicale, anatomie chirurgicale, variations, pathologie. (Baillière et fils, éd., Paris, 1930).
- DUVERNAY. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique : la poussée congestive ostéo-articulaire. (Presse Méd., 1928, p. 1156).
- FORESTIER (H.). — Le Rhumatisme vertébral. (Arch. de Rhumat., T. II, n° 6, avril 1937).
- FORESTIER (J.). — Le diagnostic du rhumatisme vertébral d'après les méthodes modernes d'examen. (Presse therm. et climat., p. 268, avril 1931).
- FORESTIER (J.), COLIEZ (R.) et ROBERT (P.). — Etudes radiologiques de pièces sèches de rhumatisme vertébral. (Cahier de Radiol., n° 21, p. 139, 1936).
- FORESTIER (J.) et ROBERT (P.). — Ostéophytes et Syndesmophytes. (Cahier de Radiol., T. II, p. 196, mai 1934).
- GARCIN. — Aspects neurologiques du rhumatisme chronique vertébral spécialement dans ses formes atrophiques et ses manifestations sympathiques. (Rev. méd. fr., 15 : 387-404, avril 1934).
- GLORIEUX et ROEDERER. — La Spondylose et ses conséquences. (Masson et Cie, éd., Paris, 1937).
- HEYMANN. — Productions ostéophytiques de la colonne vertébrale. (Bull. et Mém. Soc. Rad. Méd. de Fr., n° 120, p. 142, juin 1925).
- JEETO. — Etude sur le rhumatisme vertébral chronique. (Th., Paris, 1926).
- JOUE. — Rhumatisme vertébral. (Th., Lyon, 1902).
- LACROIX, CATTOIN et RAYNAUD. — Formes cliniques du rhumatisme chronique cervical (J. de Méd. et de Chir. prat., 104 : 212-222, mars 1933).
- LACROIX et RAYNAUD. — Forme viscéralgique du rhumatisme vertébral chronique ostéophytique. (Bull. et mém. soc. méd. des Pap. de Par., 54 : 236-240, février 1930).
- LÉRI (A.). — Les affections de la colonne vertébrale (Masson et Cie, éd., Paris, 1926).

- LÉRI (A.) et COTTENOT. — Néo-ossifications juxta-vertébrales du cou. (Soc. de Neurol., février 1919).
- LÉRI (A.) et MAHON. — Les aspects radiographiques de la spondylose ostéophytique. (Journ. de Rad., 1918).
- LERICHE et POLICARD. — Le problème de la physiologie normale et pathologique de l'os. (Masson et Cie, éd., Paris, 1926).
- LHOSTE. — Rhumatisme chronique vertébral et données radiographiques. (Th., Bordeaux, 1922).
- MARINESCO. — Rhumatisme chronique. (Nouveau Traité de Méd., Masson et Cie, éd., fasc. XXVI, 1924).
- MORARD. — Quelques aspects radiographiques du rhumatisme chronique. (Th., Bordeaux, 1929).
- ORLANDINI (A.). — Rhumatisme chronique des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales diagnostiqué par l'examen hypopharyngoscopique. (Bull. d. mal. d. orech. d. galad. naso., 55 : 161-174, mai 1937).
- PADOVANI. — Les arthrites vertébrales chroniques. (La Fr. méd., 15 mars 1939).
- POLICARD. — Les mécanismes physiologiques fondamentaux de la substance osseuse. (J. méd. français, octobre 1927).
- PRENSCHOFF (P.). — Partial paralysis of deglutition in cervical tuberculous spondylitis roentgenologie study. (Röntgenpraxis, 6 : 355-361, juin 1934).
- PROUX. — Etude radiologique des rhumatismes chroniques vertébraux. (Th., Paris, 1938).
- ROBERT (P.) et FORESTIER (J.). — Séméiologie radiologique des affections ostéoarticulaires, dites rhumatismales chroniques. (Rapp. 3^e Congrès des Méd. Elect. Rad. de lang. franç., Paris, octobre 1936. E. J. de Radiologie).
- SECRÉTAN. — Les troubles nerveux du rhumatisme vertébral chronique. (Schweitz. Med., Woschensc., septembre 1928).
- SORREL et LONGUET. — Rhumatisme vertébral. (Traité de Chirurgie orthopédique, Ombrédanne et Mathieu, Masson, éd.).
- TAUFANI (G.). — Radiculo sympathetic syndrome of chronic cervical arthritis. (Giorn. di psychiatr. cl., 59 : 100-105, 1931).
- TEISSIER (J.). — Les formes cliniques du rhumatisme chronique. (Rapp. au Congrès de Liège, 1925).

- WEIL (M. P.) et LALONNE (L.). — Contribution à l'étude des ligementites vertébrales. Du rôle du ligament dans la production des ostéophytes. (Presse Méd., 22 janvier 1938).
- WEISSENBACH et FRANCOU. — Nosologie et séméiologie du rhumatisme chronique progressif. (Rev. du Rh., n° 1, janvier 1935).
- WEISSENBACH et FRANCOU. — Les formes du rhumatisme chronique progressif. (Bruxelles Méd., n° 24, avril 1936).

